

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923. — N° 63

CORRECTION PLASTIQUE
DES NEZ DIFFORMES
NEZ BOSSUS ET NEZ EN SELLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 Décembre 1922

PAR

Jean-Raphaël-Olivier Eugène MARTIAL

Externe des Hôpitaux

Médecin de la Marine

Licencié ès Sciences

Né le 28 mai 1896 à Cayenne (Guyane Française)

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, Professeur	Président.
		BÉGOIN, Professeur	Juges.
		PRINCETEAU, Professeur	
		PAPIN, Agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1922

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548615_0088

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923. — N° 63

CORRECTION PLASTIQUE
DES NEZ DIFFORMES
NEZ BOSSUS ET NEZ EN SELLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 Décembre 1922

PAR

Jean-Raphaël-Olivier Eugène MARTIAL

Externe des Hôpitaux

Médecin de la Marine

Licencié ès Sciences

Né le 28 mai 1896 à Cayenne (Guyane Française)



Examineurs de la Thèse

{	MM.	CHAVANNAZ, Professeur	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, Professeur	{ <i>Juges.</i>
		PRINCETEAU, Professeur	
		PAPIN, Agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. FANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS

MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique chirurgicale in-
	CASSAET.	fantile et orthopédie
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique... DENUCE.
	VILLAR.	Clinique médicale des ma-
Pathologie et thérapeuti-		ladies des enfants..... MOUSSOUS
que générales.....	CRUCHET.	Chimie biologique et mé-
Clinique d'accouchements.	RIVIERE.	dicale..... DENIGES.
Anatomie pathologique et		Physique pharmaceutique.
microscopie clinique...	SABRAZES.	Médecine coloniale et cli-
Anatomie	PICQUE.	que des maladies exoti-
Anatomie générale et his-		ques..... LE DANTEC
tologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies cuta-
Physiologie	PACHON.	nées et syphilitiques... W. DUBREUIL
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des
Médecine légale et déon-		voies urinaires..... POUSSON.
tologie	VERGER.	Clinique des maladies ner-
Physique biologique et cli-		veuses et mentales.... ABADIE.
nique d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie... MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène ap-
Botanique et matière mé-		pliquée..... BARTHE.
dicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique
Pharmacie	DUPOUY.	et climatologie..... SELLIER.
Zoologie et parasitologie..	MANDOUL.	
Médecine expérimentale..	FERRE.	
Clinique ophtalmologique.	LAGRANGE.	

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie et embryologie.	N.	Médecine générale
Histologie.....	LACOSTE, chargé.	
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales.....
Anatomie pathologique...	MURATET.	Médecine légale.....
Parasitologie et Sciences)	R. SIGALAS, chargé.	
naturelles.....	N...	Chirurgie générale.....
Physique biologique et		
médicale	RECHOU.	Obstétrique
Chimie biologique et médi-		
cale	N...	Ophtalmologie
Médecine générale	MAURIAC.	Pharmacie

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Cours de clinique dentaire	MM. CAVALIÉ.
— complémentaire de médecine opératoire	VENOT.
— — d'accouchements	FAUGERE.
— — d'ophtalmologie	CABANNES.
— — de puériculture.....	ANDÉRONIAS.
— — de démonstrations et de préparations phar-	
macéutiques.....	LAEAT.
— — de chimie	RANGIER.
— — de pathologie interne.....	CRÉYX.
— — d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés	
du travail, les mutilés de guerre et les infirmes	ROCHER.
annexe de prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que es opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage d'affectueuse gratitude.

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE BELLOT

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 1^{re} CLASSE AURÉGAN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES ET A MES CAMARADES
DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. J. MOURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMÂNDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, a bien voulu nous accueillir
comme externe dans son service
et dont nous avons suivi le si vi-
vant enseignement pendant l'an-
née 1921-1922.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. PORTMANN

CHEF DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE (C. R.)
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

*qui a bien voulu nous décrire sa
technique opératoire, nous com-
muniquer ses observations et nous
éclairer de ses conseils.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*qui nous fait le grand honneur de
présider notre thèse; nous le re-
mercions de la bienveillance qu'il
nous a toujours témoignée.*

INTRODUCTION

Depuis longtemps les chirurgiens corrigeaient les légères malformations du nez en se limitant à peu près exclusivement aux déformations traumatiques. Une incision médiane au niveau de la défectuosité permettait de la mettre à nu et d'y remédier.

C'est là la conduite que recommandent Nélaton et Ombrédanne. Ils sont d'ailleurs d'avis d'opérer seules les défectuosités assez importantes de l'appendice nasal. « Le chirurgien ne saurait prétendre, disent-ils, à rendre joli un nez qui ne l'est pas, à corriger une légère malformation. Qu'un nez soit légèrement dévié, qu'il soit trop busqué, ou qu'il présente une ensellure légère, ce sont là peut être des défauts fâcheux pour l'agrément de la physionomie mais nous ne pensons pas que la corection de ces défauts ressortisse à la chirurgie. »

On comprend que Nélaton et Ombrédanne hésitent à opérer les légères difformités du nez. Ils ne proposent en effet que des opérations laissant des cicatrices, signatures du bistouri, parfois plus désagréables à la vue que la lésion elle-même. Quand on feuillette leur livre, on est effrayé par la gravité des opérations proposées pour des lésions parfois minimes. Cela ne veut pas dire que des techniques peu traumatisantes n'existaient pas alors, mais elles étaient peu connues.

Pour les nez ensellés, Nélaton et Ombrédanne citent par exemple l'opération de von Mangold. Ce dernier se contente d'une incision entre les sourcils pour faire une logette sous la peau du dos du nez où il insère une arête cartilagineuse. Et ils

proposent une opération aussi longue et laborieuse que les procédés de restauration totale du nez.

La plastique nasale a fait de grands progrès. Nous avons actuellement des techniques opératoires non mutilantes. Les auteurs modernes cachent leurs cicatrices, ou ils opèrent par la voie endo-nasale qui ne laisse aucune trace de l'intervention. Nous ne nous occuperons dans ce travail, que des méthodes esthétiques de correction des nez bossus et des nez en selle.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie du nez

Rappelons très brièvement l'anatomie du nez (d'après Testut et Jacob).

Le nez est de forme pyramidale avec trois faces, trois bords, une base et un sommet. Des trois faces, deux sont latérales et planes sauf dans leur partie inférieure où elles s'arrondissent en une saillie que forme le bobule du nez. La face postérieure répond à la cavité des fosses nasales. Des trois bords, les deux latéraux forment avec le plan des joues un sillon longitudinal surtout marqué en bas : le sillon naso-génien. Le bord antérieur appelé dos du nez part au dessous de la bosse nasale du frontai ou glabelle et se termine en bas par une saillie arrondie : le lobule du nez. La base présente en avant la face inférieure arrondie du lobule du nez et en arrière les deux orifices des narines séparés l'un de l'autre par une cloison médiane antéro-postérieure, la sous-cloison.

La forme du nez diffère selon les races. Dans la même race, les nez ont des formes diverses. Le nez peut avoir un dos rectiligne, nez droit, ou être plus ou moins convexe ou concave.

A la dissection le bistouri nous montre successivement en allant de la superficie de la peau jusqu'à la cavité des fosses nasales :

- 1° La peau ;
- 2° Le tissu cellulaire sous-cutané où courent des vaisseaux et des nerfs ;
- 3° Une couche musculaire ;

4° Le périoste et le périchondre;

5° Le plan squelettique;

6° La muqueuse.

1° La peau mobile au-dessus des os propres du nez devient de plus en plus adhérente lorsqu'on se rapproche du lobule du nez. Elle est épaisse et fixée intimément au périchondre des cartilages, cette adhérence est très marquée sur le lobule du nez. Il faut ici disséquer la peau avec un bistouri qui coupe bien, les chances de la perforer sont multiples, tandis qu'on peut décoller la peau des os propres du nez avec une sonde.

2° Le tissu cellulaire sous-cutané est très peu développé sur le nez. Il ne forme une couche bien nette que dans les parties mobiles.

Dans le tissu cellulaire cheminent des vaisseaux et des nerfs.

Les artères viennent soit de la nasale, branche de l'ophtalmique, irrigant la partie supérieure de la région, soit de la faciale. Cette dernière donne sous les téguments du nez l'artère dorsale du nez et l'artère de la sous-cloison. Ces artères échangent entre elles de nombreuses anastomoses qui forment un réseau très riche sous la peau. C'est pour cela que les téguments du nez jouissent d'une très grande vitalité et ne souffrent pas d'être décollés du squelette sous-jacent, d'autant plus qu'on respecte les vaisseaux en passant au dessous d'eux.

Les veines très nombreuses se jettent les unes dans la veine angulaire, les autres dans la veine faciale située dans le sillon naso-génien.

Les lymphatiques sont très nombreux, leur réseau lâche sous l'aile du nez devient très serré sur le lobule et la sous-cloison. Ils se rendent aux ganglions préauriculaires, parotidiens et sous-maxillaires.

Les nerfs moteurs viennent tous du facial et se rendent aux muscles peauciers de la région.

Les téguments du nez reçoivent leurs nerfs sensitifs du trijumeau par l'intermédiaire :

a) du nasal externe qui se distribue à la peau de la racine du nez;

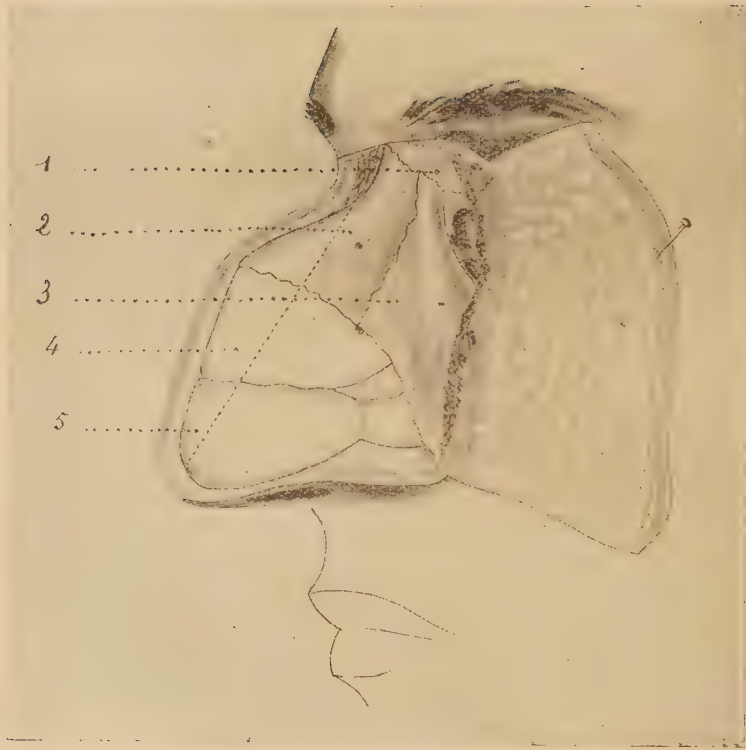


Fig. 1 — Squelette du nez.

1. Os frontal.
2. Os nasal.
3. Branche montante du maxillaire supérieur.
4. Cartilage latéral.
5. Cartilage de l'aile du nez.

La ligne pointillée montre l'arête du cartilage de la cloison après l'exérèse.

b) du sous-orbitaire innervant les faces latérales du nez dans le voisinage du sillon naso-génien et les narines.

c) du naso-lobaire, branche du nasal externe sortant entre l'os propre et le cartilage latéral correspondant pour innerver le lobule du nez et les narines concurremment avec le sous-orbitaire.

(La muqueuse est innervée par le nasal interne branche de l'ophtalmique.)

3° La couche musculaire formée de muscles peauciers est sans intérêt : citons simplement le pyramidal, le transverse du nez, le myrtiforme, l'élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, le dilatateur propre des narines.

4° Le périoste est mince sur les os nasaux. Le périchondre est sans grand intérêt. Ces deux membranes sont unies entre elles par des trousseaux fibreux. C'est au-dessous d'elles que se trouve la zone décollable, le plan de clivage qui permet de mettre à nu le squelette nasal ostéo cartilagineux.

5° Le squelette du nez est formé par des os, des cartilages et des trousseaux fibreux. C'est ce squelette qui donne au nez sa forme, il suffira de le sculpter pour modifier la forme du nez.

Les os qui entrent dans la charpente du nez sont : les deux os nasaux, la branche montante du maxillaire supérieur et le bord antérieur de son apophyse palatine

a) l'apophyse montante du maxillaire supérieur prolonge l'angle antéro-supérieur du maxillaire et s'unit en haut avec l'apophyse orbitaire interne du frontal, en avant avec les os nasaux, en arrière avec l'unguis;

b) Le bord antérieur de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur contribue à former l'orifice piriforme;

c) Les os propres du nez ou os nasaux sont deux petits os de forme grossièrement rectangulaire, leur grand axe descend de haut en bas et d'arrière en avant. Engrénés l'un à l'autre sur la ligne médiane, ils forment une voûte qui s'appuie en arrière sur la branche montante du maxillaire supérieur et en haut sur l'épine frontale. En arrière, sur leur face

postérieure les os nasaux sont en rapport par leur engrènement médian, tout en haut avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et en bas avec le bord antérieur du cartilage de la cloison.

Les cartilages sont au nombre de cinq, sans compter quelques petits cartilages accessoires qui viennent concourir à former l'auvent nasal. Les cinq principaux cartilages sont : le cartilage de la cloison, les deux cartilages latéraux et les deux cartilages de la cloison.

Le cartilage de la cloison, lame rectangulaire placée de champ entre les fosses nasales, continue la direction générale de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et du vomer. Il contribue avec eux à former la cloison des fosses nasales.

Les cartilages latéraux, ou cartilages triangulaires sont au nombre de deux, l'un droit et l'autre gauche. Ils sont de forme à peu près triangulaires avec trois bords, un bord antérieur en rapport avec le cartilage de la cloison (dont ils semblent parfois n'être que des expansions), un bord supérieur en rapport avec l'os nasal et la branche montante du maxillaire correspondant, un bord inférieur en rapport avec le cartilage de l'aile du nez.

Les cartilages des ailes du nez également au nombre de deux, s'étalent dans l'épaisseur de l'aile du nez, leur donnant leur forme, maintenant béant l'orifice des narines. Ils sont adossés et intimément unis l'un à l'autre sur la ligne médiane. Ils forment chacun une sorte de fer à cheval, avec une branche interne qui s'accole à son homologue du côté opposé pour former le squelette de la sous-cloison au-dessous du cartilage de la cloison, et une branche externe qui forme tout le squelette des ailes nasales. Ils répondent en haut aux cartilages latéraux.

En plus de ces cartilages il existe des cartilages accessoires sans intérêt comblant les vides entre eux. Enfin sous les cartilages sont reliés entre eux et au squelette environnant par du tissu fibreux.

La face profonde du squelette nasal est tapissée par une muqueuse : la pituitaire humide et rouge, séparée du sque-

lette par le périchondre et le périoste internes. Sur la pituitaire on remarque un pli courbe dont la concavité regarde l'orifice de la narine. C'est le pli vestibulaire supérieur fourni par le rebord inférieur du cartilage latéral.

Près de l'orifice se trouvent des poils parfois longs et raides, les vibrisses.

CHAPITRE II.

Difformités nasales affectant la direction du dos du nez

Les difformités affectant la direction générale du dos du nez peuvent être : ou congénitales ou acquises.

Nous ne parlerons pas des déviations latérales du nez.

Les difformités nasales congénitales peuvent être classées en deux groupes :

Celles qui sont dues à un développement insuffisant du squelette nasal ;

Celles qui sont dues à une exagération du développement de la charpente ostéo-cartilagineuse du nez.

Dans la première catégorie, citons seulement l'absence congénitale du nez dont il n'existe qu'une observation indiscutable : celle de Maisonneuve. Lannelongue et Ménard ont rapporté un cas d'atrophie des os propres. On peut voir encore soit la bifidité du nez allant depuis le simple sillon sur le lobule du nez jusqu'à la fissure signalée par Boyer, partant de l'orifice narinaire droit pour aller se terminer en pointe, en dépassant en haut l'angle interne de l'œil. Baumgarten a même signalé un cas de nez double avec deux cloisons cartilagineuses, trois narines.

Dans la deuxième catégorie on trouve les nez dont l'exagération de développement a porté soit sur l'extrémité formant un nez à trompe descendant sur la lèvre supérieure, soit sur la partie moyenne. Ces dernières sont les plus fréquentes.

Joseph classe les hypertrophies de la charpente ostéo-cartilagineuse du nez en trois groupes :

Les hypertrophies du nez osseux : nez à bosse osseuse ;

Les hypertrophies du nez cartilagineux : nez à bosse cartilagineuse ;

Les hypertrophies de tout le squelette : grand nez courbe sans vraie bosse.

Toutes ces difformités de la courbe du nez il les appelle du nom général de « Prorrhinie » ou « Rhinokypnosis ».

En réalité ces difformités se combinent, il n'y a pas développement exagéré des os propres sans que les cartilages soient trop grands, et vice-versa.

Mais nous n'avons pas uniquement des difformités congénitales. Les traumatismes, les maladies laissent souvent des traces fâcheuses sur le nez.

Le nez par sa situation proéminente au milieu du visage est exposé aux traumatismes. Sous l'influence d'un choc violent, d'un coup de poing, par exemple, il peut se produire une fracture des os propres ou un hématome de la cloison. La consolidation de ces fractures des os nasaux est très rapide. Si le malade n'est pas soigné à temps, les fragments osseux se soudent quelquefois dans une position défectueuse. Il demeure alors le plus souvent une arête siégeant soit sur la ligne médiane soit légèrement sur un côté du dos du nez osseux. De même à la suite d'un hématome de la cloison non soigné, il arrive souvent que la cloison cartilagineuse est détruite, d'où affaissement partiel du dos du nez cartilagineux.

Nous n'oublierons pas non plus les si nombreux traumatismes de guerre, quoiqu'ils ne rentrent pas dans le cadre de ce travail, ces malades présentant déjà une cicatrice extérieure du fait de leur blessure.

Enfin plusieurs affections, surtout la syphilis peuvent venir dévorer toute la charpente osseuse du nez. La déformation du nez ensellé est double, comme l'ont fait remarquer Nélaton et Ombrédanne. Il y a dépression plus ou moins accentuée de la racine du nez c'est là la défectuosité principale. Et en

même temps, par suite de l'élévation de la pointe, les orifices des narines au lieu de regarder en bas, regardent directement en avant, cette défectuosité est accessoire. C'est là le nez en lorgnette de Fournier.

CHAPITRE III

Historique

Le premier chirurgien qui semble avoir eu le souci de la chirurgie esthétique des nez difformes fut un Américain. Dès 1887 John O. Roe de Rochester (Etat de New-York) systématiquement employa la voie endo-nasale, dissimulant ainsi toute cicatrice. Il opéra par son procédé les bouts de nez disgracieux, les nez trop longs, les nez épatés, les nez convexes et s'attaqua surtout aux nez traumatiques. Mais les travaux de Roe étaient enveloppés de tant de mystère que peu de progrès en résultèrent.

En 1892, Robert Weir, un autre Américain utilisa la voie endo-nasale pour un nez fortement busqué. Il dépassa même le but.

Monks en 1898 opérait les bosses traumatiques du nez par l'extérieur, en faisant une toute petite incision antéro-postérieure sous le lobule du nez. Cette méthode resta une tentative tout à fait isolée et tomba complètement dans l'oubli, bien que Nélaton et Ombrédanne l'eussent citée tout au long. Lewis crut l'avoir inventée en mars 1922.

J. Joseph commence la série de ses travaux sur la chirurgie esthétique des nez difformes en 1898. Il opérait par la voie externe. (Il s'est défendu plus tard d'avoir entendu parler des travaux de Roe).

Von Mangold en 1900 pour corriger un nez ensellé incise la peau entre les deux sourcils. Carter de New-York, un spécia-

liste du nez ensellé suivit et perfectionna cette technique (1910). La méthode se répandit en Amérique sous le nom de méthode de Carter. Hays la suit en 1912, avec succès. Scrutton (1917) en a d'excellents résultats. Fisher la suit en 1920.

Joseph en 1904 emploie la technique de Roe, puis dans la suite arriva à ne plus opérer que par la voie endonasale. En 1912 dans le « Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres und der Oberen Luftwege » (publié sous la direction de von Katz, Preysing et Blumenfeld), Joseph décrit ses procédés opératoires et son instrumentation. Il opère toutes les difformités du nez : nez convexes, nez larges, nez déviés, houts de nez disgracieux, nez ensellés.

A partir de 1912 il y eut une floraison de publications sur la correction esthétique des vilains nez. Nous ne les citerons pas tous.

En France, Molinié en 1912 présente au Congrès de la Société française d'Oto-rhino-laryngologie une technique intranasale pour la correction des nez convexes et des nez en selle.

Bourguet commence en 1913 à publier des cas de difformités du nez traités par des interventions endo-nasales.

Bérard, Vignard et Sargnon publient en 1913 des observations de correction intra-nasale de nez traumatiques trop larges, de nez en selle.

Garel et Gignoux la même année opèrent par la voie intranasale les nez ensellés.

Moulonguet publie en 1922 une technique opératoire des nez busqués, d'après Joseph.

En Allemagne Fritz Koch en 1912 emploie une voie intranasale contre les difformités du nez.

En Amérique, patrie de la technique intra-nasale, Joseph C. Beck, de Chicago l'utilisait dès 1908 avec Roe. Cohen en 1914 vulgarisait en Amérique les procédés de Joseph. Carter abandonne son procédé et emploie la technique de Roe en 1919. Oppenheimer, Tieck en 1920 vantent la technique intranasale.

Enfin, à côté des techniques de Roe et de Joseph il convient

de signaler la technique de Portmann, de Bordeaux. Cet auteur qui opère par voie exo-nasale, cache sa cicatrice sous le lobule, et par cette voie arrive largement sur le dos du nez. On peut s'attaquer facilement aux bosses osseuses ou cartilagineuses sous le contrôle de la vue. On est à pied d'œuvre pour enlever les exubérances cartilagineuses des bouts de nez en pied de marmite, aussi bien que pour glisser un fragment d'os ou de cartilage costal dans les cas de nez ensellés.

CHAPITRE IV.

Nez bossus

Il faut diviser les nez bossus en deux classes.

Les nez bossus dans leur ensemble, nez crochus, grands nez courbes.

Les nez bossus uniquement dans leur portion osseuse. Les nez traumatiques entrent dans cette dernière catégorie.

Avant d'opérer un grand nez à bosse, il faut bien examiner la difformité, bien étudier les méthodes opératoires adéquates. Il ne faut pas dépasser le but. Il ne faut pas qu'après l'opération le malade ait un nez plus difforme qu'avant. Il faut d'avance faire avec soin les limites de l'intervention.

Roe veut qu'on fasse un nez en rapport avec la physionomie du malade et se lance dans des considérations sur les nez les plus esthétiques pour chaque physionomie. Il va trop loin, le chirurgien aura des déceptions s'il cherche à faire trop bien. Qu'il se contente de faire un nez droit en enlevant le moins possible du squelette nasal.

Il n'y a pas lieu d'entrer dans ces considérations pour les nez avec une simple bosse, par exemple par cal vicieux. Il suffit qu'on supprime la bosse.

Bien entendu nous ne parlerons pas des simples bosses dues aux luxations des os propres encore réductibles, pas plus que des fractures non encore consolidées. On y peut remédier par des manœuvres externes ou internes sans intervenir avec le bistouri.

1. — Soins avant l'opération

En présence d'une difformité nasale il faut en déterminer la cause avec soin. Il importe de savoir par exemple, si l'on est en présence d'une maladie en évolution. Dans ce cas il faut commencer par soigner cette maladie. On ne touchera pas à un nez en selle avant de savoir à quel point en est la syphilis du sujet. Même si le Wasserman est négatif, il sera prudent de faire un traitement spécifique.

Nous n'opérerons pas les nez traumatiques récents que nous soignerons par les procédés habituels : réduction et contention s'il y a lieu de la fracture, ponction des hématomes de la cloison.

Nous avons affaire à une défectuosité tout à fait stationnaire. Avant de commencer toute opération il faut examiner l'exacte nature de la difformité, l'état des tissus et de la peau.

On examinera toujours les voies respiratoires supérieures pour les dégager si elles sont obstruées. On supprimera les déviations, les éperons, les végétations, les polypes, les cornets s'ils sont trop volumineux, les amygdales si elles sont hypertrophiées. Il faut que le malade respire parfaitement par le nez et n'ait aucun foyer d'infection près du champ opératoire.

Par mesure de prudence, pendant les huit jours qui précèdent l'opération, on prescrira une pommade nasale, suivant l'une des formules que Portmann donne dans ses « Consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien », par exemple :

Pommade avec :

Chlorhydrate de cocaïne ...	dix centigrammes
Menthol	deux centigrammes
Acide borique	1 gr.
Vaseline	15 gr.

Dans un tube d'étain. Gros comme un pois dans chaque narine, matin et soir, et aspirer doucement.

Avant une opération endo-nasale, on coupera les vibrisses.

2. — Techniques opératoires des nez bossus.

Pour opérer les nez bossus il faut mettre à nu le squelette nasal pour dégager les os et les cartilages des téguments et de la muqueuse. Cette dissection, facile sur les os du nez, où la peau est mobile sur un tissu sous-cutané assez lâche et extensible, ne l'est plus quand il s'agit de libérer les cartilages de la peau fixée intimement sur le périchondre. Il faut ici employer le bistouri. La peau est mince on aurait de multiples chances de la perforer. C'est pour cette raison qu'il faut passer sous le périchondre et le périoste où l'on trouve un plan de clivage (Moulonguet). De plus par cette voie, on évite de léser les muscles et leurs insertions, les vaisseaux et nerfs du tissu cellulaire sous-cutané.

On pousse la dissection du squelette assez loin sur les parties latérales et assez haut sur les os nasaux pour dépasser les limites de l'opération. Enfin il faut libérer la muqueuse avec soin du squelette à réséquer, sinon on l'arrachera en même temps que les parties enlevées, ce qu'il faut éviter, bien que cela soit sans importance primordiale.

Le squelette étant bien dégagé, il faut le couper selon la ligne qu'on s'était tracée d'avance. Les auteurs emploient pour cela des instruments variés, la plupart dérivés de l'instrumentation de Joseph (1912). Cet auteur attaque les crêtes osseuses avec des fines scies, l'une pour le côté droit, l'autre pour le côté gauche. Lorsque l'os est dur il le coupe avec une fraise. Il réduit les angles de ses sections osseuses, de même que les petites crêtes osseuses avec une râpe spéciale.

Quelles sont les méthodes opératoires qui sont à notre disposition ? Nous pouvons intervenir :

- Soit par l'intérieur des fosses nasales : méthodes endonasales ;
- Soit par l'extérieur du nez : méthodes exonasales.

OPÉRATIONS ENDONASALES

Les rhinologistes ont voulu opérer les nez sans laisser des traces de l'intervention, en passant par l'intérieur des fosses nasales. Il faut s'éclairer au miroir de Clar, les narines sont maintenues béantes par un spéculum. Les techniques opératoires endonasales sont au nombre de trois, les deux dernières n'étant que des perfectionnements de la première.

L'opération de Roe, l'opération de Molinié, l'opération de Joseph-Moulonguet.

Opération de Roe.

Après anesthésie locale par injections hypodermiques de cocaïne et introduction de tampons cocaïnés dans les fosses nasales, Roe fait une incision linéaire sur toute la paroi supérieure de la narine gauche, juste en avant de l'os propre du nez, entre cet os et le cartilage latéral. Cette incision se poursuit jusqu'à la face inférieure de la peau. Roe agrandit l'incision sur les côtés pour permettre la facile introduction des instruments. Avec un bistouri à lame fine et arrondie, il libère sous la peau les proéminences osseuses et cartilagineuses et les coupe avec des ciseaux courbes.

Puis il antiseptise par des insufflations d'iodoforme sur toute la surface saignante. Il laisse ensuite retomber les parties molles. Immédiatement après l'opération il est difficile de deviner une incision. Il ne fait pas de sutures. La plaie se cicatrice en quelques jours.

Reproduisons ici à titre anecdotique, un fragment de la première observation de Roe. (Communication faite à la *Medical society of the state of New-York* le 6 février 1891).

« Miss C..., âgée de 25 ans, vient me consulter pour une toux d'hiver dont elle souffrait beaucoup. Pendant que je la soignais, elle m'exprimait des plaintes fréquentes au sujet de son nez, dont le sommet présentait une proéminence angulaire

osseuse qui non seulement lui donnait une forme disgracieuse, mais encore en faisait saillir la peau au point que le fait de se laver ou de s'essuyer la figure était devenue pour elle un acte des plus pénibles. Elle aurait bien voulu être débarrassée de cette proéminence gênante, mais elle craignait qu'une opération ne lui laissât une cicatrice affreuse. Sur mon affirmation qu'on pouvait l'opérer en lui faisant une incision sur la face interne de la narine sans entamer la peau, elle se décida à subir l'opération...

Le nez fut complètement cicatrisé en quelques jours et quand la malade retourna chez elle, la douleur avait disparu. Six semaines après elle m'écrivait qu'elle était on ne peut plus satisfaite du résultat obtenu ; elle n'était pas obligée de veiller sans cesse à ce que rien ne vint lui toucher la figure, et il lui semblait, disait-elle, qu'elle pourrait impunément frapper son nez contre un mur sans en éprouver du mal. » (Archives de Laryngologie 1891 p. 258).

Il ne faut pas croire que Roe fit toujours son incision aussi haute. Il incise à l'intérieur du nez juste au dessous de l'endroit qu'il veut atteindre.

Il opère surtout des nez traumatisés. Il enlève les parties exubérantes, os, cartilages ou parties molles et les place immédiatement dans les endroits déprimés pour en combler les pertes de substance.

Roe opère en plusieurs fois, car la tâche est délicate. Si l'on prend trop de tissu en un endroit, il s'ensuit une dépression, si l'on en rentre trop il se produit une bosse. Il maintient les greffes en place par un appareil externe.

Roe a peut-être cherché à faire trop bien. Il modelait ses nez et cherchait même à donner au nez la forme la plus esthétique pour la physionomie.

L'opération n'est qu'esquissée. Les rhinologistes n'employèrent pas tout de suite la technique, il fallait la réinventer, créer des instruments nouveaux. C'est Molinié qui publie le premier en France la méthode intra nasale en mai 1912.

Opération de Molinié.

Après l'introduction d'un spéculum de Palmer dans une narine, la droite par exemple, on soulève le lobule du nez et en même temps on le porte dans la direction de l'angle externe de l'œil opposé. Ce mouvement fait saillir un bourrelet de muqueuse en avant de la cloison nasale. Là, on pousse une injection de cocaïne. Et après trois minutes d'attente, on incise ce bourrelet au bistouri ou avec des ciseaux coudés sur le plat. On tombe sur le bord antéro-supérieur du cartilage de la cloison qu'on suit jusqu'aux os nasaux, inclusivement. On dégage bien le squelette ostéo-cartilagineux sur toute l'étendue nécessaire.

Molinié introduit alors dans l'incision vestibulaire une valve spatule spéciale pour soulever toutes les parties molles et mettre à nu le champ opératoire. De la gouge et du maillet, il abrase les parties exubérantes. Pour ce faire, on peut aussi se servir d'un instrument spécial que Molinié a fait construire. C'est une sorte de guillotine, montée à angle aigu sur un manche. Dans la lunette allongée et rectangulaire on engage les portions ostéo-cartilagineuses en excès. On fait glisser à fond la lame qui les décapite.

On laisse alors les parties molles revenir sur elles-mêmes. Point n'est besoin de sutures. On met un tampon d'ouate à l'orifice des narines pour éviter l'introduction des poussières. On pose des compresses froides pendant cinq à six heures.

Opération de Joseph-Moulonquet.

Après anesthésie locale on repère sur la paroi externe du nez cartilagineux le pli vestibulaire supérieur, trace du bord inférieur du cartilage latéral. On incise immédiatement au-dessus de lui, sur une ligne parallèle, avec le couteau de Joseph à double tranchant. On coupe à travers la muqueuse et le cartilage latéral jusqu'au périchondre externe qu'il ne faut pas dépasser. C'est au-dessous de lui qu'il existe une zone qu'on

décolle avec la rugine de de Joseph. On suit à travers les téguments le travail de la rugine avec la main gauche. On fait le même travail à droite et à gauche

La section des os nasaux se fait avec les scies de Joseph, droite et gauche, ou avec un instrument spécial : le rabot rétrograde de Moulonguet. C'est une lame coupante montée à angle aigu sur un manche coudé portant une ailette latérale. La partie du manche qui suit immédiatement la lame coupante est creuse et laisse passer les parties détachées. On enfonce le rabot par la plaie opératoire, jusqu'à ce que son extrémité supérieure dépasse l'endroit qu'on veut attaquer. « Il est alors attiré vers le bas de façon à mordre sur l'os. A ce moment quelques coups donnés avec la masse de Lombard sur le manche du rabot coudé suffisent à détacher une épaisseur d'os plus ou moins considérable, selon l'inclinaison donnée au manche du rabot. Il est très important de bien maintenir la direction du rabot pendant le temps opératoire. Pour cela l'opérateur tient d'une main l'ailette latérale du rabot et de l'autre à travers la peau fixe la lame du rabot contre la surface osseuse. L'aide donne les coups de marteau. »

« Quand la cyphose nasale est assez accentuée, la section osseuse dégage le bord antérieur du cartilage quadrangulaire dans sa partie supérieure. »

« Pour éviter que la section osseuse ne remplace l'arête nasale par une surface plate, il faut que le bord antérieur de la cloison proémine par rapport aux tranches de section osseuse. Il est facile d'un coup de râpe d'abriter des os nasaux ce qui est nécessaire pour atteindre ce but. Quand la portion de l'os nasal dont l'exérèse s'impose est peu considérable, on pourra éviter la section au rabot et se contenter de limer l'os qui dépasse l'alignement. » (Moulonguet). On peut se servir pour cela des râpes de Joseph ou de Moulonguet.

Restent les cartilages ; on les abrase avec le bistouri de Joseph, lame coudée à extrémité boulonnée. On introduit des écarteurs pour pouvoir opérer sous le contrôle de la vue. « On découpe de haut en bas un mince lambeau fibro-cartila-

gineux, au maximum épais de 2 à 3 mm. dont l'extrémité inférieure se rapproche selon les besoins plus ou moins de la pointe du nez. Ce lambeau comprend le bord antérieur du cartilage quadrangulaire et l'insertion sur ce dernier des bords internes des cartilages triangulaires. L'ablation du lambeau désunit donc ces cartilages. » (Moulonguet).

La correction obtenue peut être insuffisante. On dégage alors avec la rugine de Joseph le bord antérieur du cartilage de la cloison et avec le bistouri coudé on en enlève de minces tranches de tissu cartilagineux. Il vaut mieux y revenir en plusieurs fois que d'enlever en un seul coup trop de cartilage.

La plupart du temps il n'est pas nécessaire de toucher aux cartilages latéraux. Enfin avec de fins ciseaux on enlève tous les débris qui pendent dans le champ opératoire.

On fait un lavage au sérum de la plaie. Il n'est pas besoin de sutures, les parties molles retombent d'elles-mêmes en place. Pas de mèche dans le nez, pas de pansements, quelques gouttes d'argyrol au centième dans les fosses nasales.

Il faut remarquer que, dans cette opération, Moulonguet ne coupe pas le cartilage latéral dans le prolongement des sections osseuses. Le nez cartilagineux maintient droite l'arête nasale.

MÉTHODES EXONASALES.

Les méthodes exonasales pénètrent à travers une incision cachées sous le lobule du nez. Ces méthodes sont au nombre de deux : l'opération de Monks, l'opération de Portmann.

Opération de Monks (de Boston).

Sous anesthésie générale, Monks fait une petite incision antéro-postérieure sous le lobule du nez dans le prolongement de la sous-cloison. Cette incision est juste assez grande pour

permettre l'introduction d'une paire de fins ciseaux. En ouvrant et en fermant ces ciseaux on crée un tunnel sous la peau allant jusque sur la difformité.

Monks introduit alors dans ce tunnel un instrument spécial, sorte de spatule montée sur un long manche. A travers la peau, le chirurgien pique un crayon en acier dont la pointe va se fixer dans une cupule de la spatule. A coups de maillet sur le crayon Monks fracture et effondre la proéminence osseuse.

La méthode ne s'adresse pas à tous les nez bossus, mais seulement aux nez à bosse osseuse d'origine traumatique. Elle est tout à fait aveugle et brutale. Le coup de maillet peut dépasser le but, alors on a un creux au lieu de la bosse qui a nécessité l'intervention. De plus on risque de produire un nouveau cal exubérant. Aussi l'opération de Monks n'a été employée que par son auteur et n'a fait l'objet que d'une seule communication en 1898 et a été publiée la même année.

Opération de Portmann (de Bordeaux).

Le malade est couché, la tête très légèrement soulevée; l'opérateur se tient à la droite de l'opéré.

Anesthésie. — On fera une anesthésie locale à l'aide de novocaïne au 200^e (avec addition de V gouttes d'adrénaline à 1/1000 par 20 cc) ou de ses succédanés (syncaïne, allocaïne, scurocaïne).

On enfonce l'aiguille au niveau de deux boutons, l'un siégeant au niveau du lobule du nez et l'autre au niveau de la région ostéo-cartilagineuse du squelette sur le dos du nez.

Partant de ces deux boutons, on infiltrera aussi complètement que possible

Par le premier, toute la région située au-dessous du lobule du nez, où doit se faire l'incision et la partie antérieure du bord externe de l'orifice narinaire; puis toute la région médiane cartilagineuse où devra se faire le décollement.



Fig. 2. — Opération de Portmann
Anesthésie locale, en partant de 2 boutons



Fig. 3 — Opération de Portmann.
Ligne d'incision

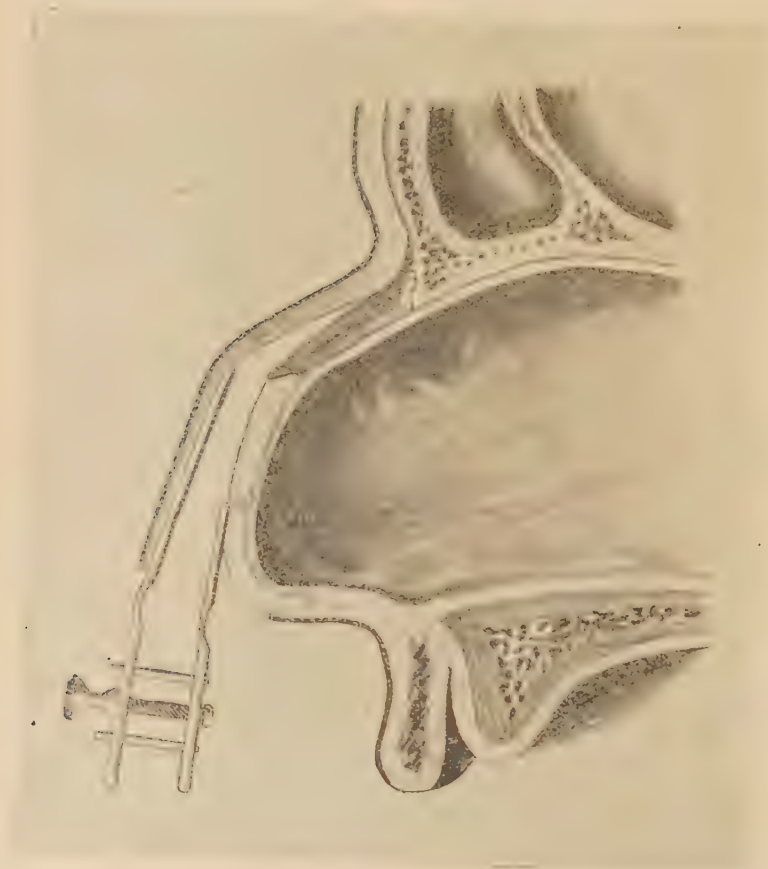


Fig. 4 — Ecarteur de Portmann en place.

Par le deuxième, toute la zone osseuse et cartilagineuse déformée au niveau de laquelle doit porter l'opération. Cette anesthésie aura l'avantage d'amorcer le décollement qu'au cours de l'opération on sera amené à faire avec la rugine et le décolleur.

En général 8 à 10 cc. sont suffisants.

Premier temps. — On fait une incision transversale et curviligne de trois centimètres environ, passant au dessous du lobule du nez et s'étendant plus ou moins sur la lèvre externe de l'orifice narinaire, suivant le jour qu'on voudra se donner.

Deuxième temps. — On décolle au bistouri et au décolleur les plans cutanés du cartilage de l'aile du nez qui constitue le squelette du lobule et des cartilages triangulaires sur une surface plus ou moins grande suivant l'étendue de l'intervention qu'on aura à faire.

Il convient de pratiquer ce décollement avec délicatesse à cause de la peau qui à ce niveau est assez adhérente au plan cartilagineux.

Dès que l'on a dépassé cette zone, c'est-à-dire dès que l'on se trouve à la partie supérieure du cartilage triangulaire, on tombe dans une région facilement décollable et à l'aide de la petite rugine courbe il est extrêmement facile de dégager au maximum toute la portion squelettique où doit porter l'intervention.

Troisième temps. — Les plans cutanés étant très dégagés du squelette ostéo-cartilagineux, après avoir disposé la tête en extension, presque en position de Rose, on met en place l'écarteur qui permettra à l'aide d'un bon éclairage de voir la région défectueuse du squelette.

Quatrième temps. — Ayant vu exactement le point où se trouve la déformation, on sculpte le squelette à l'aide de petites gouges et de burins spéciaux, en prenant soin de ne

donner avec le marteau que de petits coups délicats de façon à ne pas provoquer de fracture.

Si la déformation porte sur le squelette cartilagineux, à l'aide du bistouri à long manche, on enlève ce qui paraît être en trop, de façon à redonner au squelette nasal une forme normale.

Cinquième temps. — Lorsqu'après plusieurs essais et plusieurs retouches on a redonné au squelette ostéo-cartilagineux une forme normale, on enlève l'écarteur de façon à laisser tomber les plans cutanés sur le squelette. La suture de la plaie cutanée est faite avec deux ou trois crins très fins. La technique la meilleure est d'employer la suture intra-dermique.

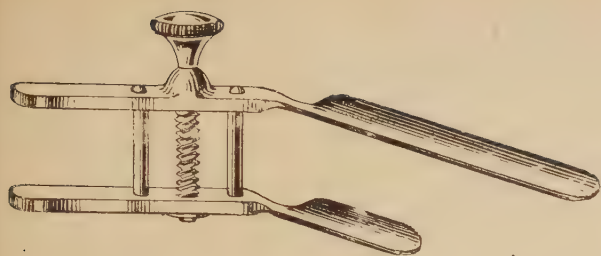
La méthode de Porfmann permet d'opérer directement sous le contrôle de la vue. Il est difficile de bien voir ce que l'on fait à travers une narine peu dilatable. La peau est plus extensible. La cicatrice est invisible à un esprit non averti. Il faut que la malade renverse la tête en arrière pour qu'on puisse la deviner. Elle est d'ailleurs totalement invisible avec les sutures intra-dermiques. Le drainage, s'il en est besoin, est parfait.

3. — Suites Opératoires.

A la suite d'une plastique de nez difforme, il vaut mieux ne pas mettre de pansements que d'en mettre un compressif.

Les téguments sont décollés, un pansement compressif risque de les fixer dans une mauvaise position. Si le pansement tire sur le lobule du nez les téguments descendent, le nez devient trop long, le lobule du nez pend sur la lèvre supérieure.

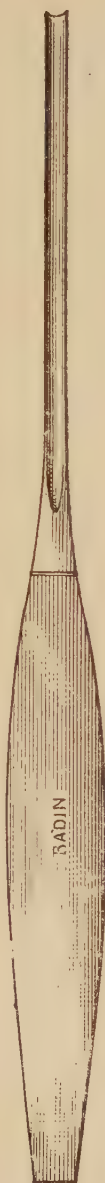
Si l'on met un pansement, il faut qu'il soit tout à fait lâche. Par une fronde nasale non serrée, on maintiendra des pansements humides et chauds sur le nez le premier jour. Cohen a publié en 1914 un modèle de pansement tenu par une bande emplastique, se fixant sur la peau des joues sous les yeux.



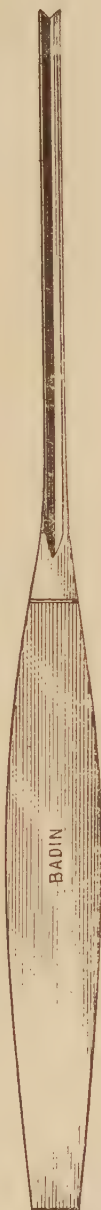
1



2



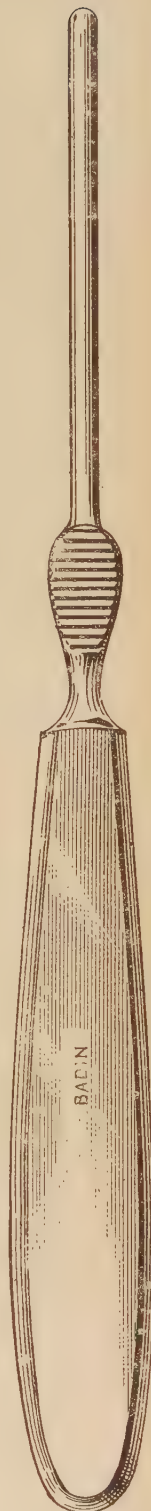
3



4



5



6

Fig. 5 — Instrumentation spéciale de Portmann.

1 écarteur, 2 burin, 3 et 4 gouges, 5 et 6 décolleurs.

On fait une encoche pour dégager les yeux. Ce pansement très simple peut rendre de réels services.

Moulonguet préfère ne pas mettre de pansement du tout, pas même un bourdonnet d'ouate à l'orifice des narines. La plaie est à l'abri à l'intérieur de l'auvent nasal. La muqueuse pituitaire se défend très bien contre l'infection. On mettra tout au plus quelques gouttes d'argyrol au centième dans chaque narine.

Les suites opératoires sont tout à fait bénignes. Il n'y a pas de poussée de température, le pouls reste normal. C'est à peine si l'on doit garder le lit le jour de l'opération. Le malade ne souffre pas, il peut vaquer à ses occupations.

Les premiers jours le nez se tuméfie. Cet œdème n'est jamais très important. Il dure en général une dizaine de jours. On mettra en place quelques pansements humides et chauds. On enlève les points entre le cinquième et le dixième jour.

Dans les cas rares où il se produit un abcès sous-cutané Joseph recommande de l'inciser par la voie endonasale.

Ces complications infectieuses sont exceptionnelles. Le plus souvent au bout de quinze jours tout est rentré dans l'ordre. Le nez n'est même plus sensible à la pression. Les téguments sont très rétractiles, quelle que soit l'importance de la bosse enlevée, ils reviennent au contact du squelette et en épousent la forme. Si l'exérèse a été bien faite, il ne reste aucune trace de l'intervention, le résultat esthétique est excellent.

CHAPITRE V.

Nez ensellés

La correction esthétique des nez ensellés a été tentée par de multiples auteurs. La déformation est double, les os propres du nez sont effondrés et par suite de cet effondrement les orifices narinaux regardent directement en avant.

Tantôt les chirurgiens se sont simplement proposés de redresser l'ensellure. Tantôt ils ont voulu en même temps agir sur la partie inférieure du nez pour la remettre en place en abaissant le bout du nez.

I. — Inclusions prophétiques.

Pour corriger l'ensellure nasale seule il faut libérer la peau qui a suivi le squelette effondré et la maintenir en position normale loin de ce squelette de manière à ce que le dos du nez devienne rectiligne. La peau pour demeurer dans cette position esthétique doit avoir un soutien solide et rigide. Les opérations qui n'en mettaient pas étaient vouées à un échec certain. Au cours de la cicatrisation, la peau se réappliquait sur le squelette nasal. Le nez devenait plus laid qu'avant l'opération. Aussi les chirurgiens ont cherché à créer un nouveau squelette nasal solide et résistant.

A. APPAREILS PROTHÉTIQUES INORGANIQUES.

Les soutiens inorganiques de la peau furent quelque temps employés. Ils sont cependant postérieurs à certaines autoplasties. Dès 1883 Dieffenbach essayait une rhinoplastie avec un lambeau frontal qu'il glissait sous la peau d'un nez en selle. Mais cette méthode ne donnait qu'un résultat infime pour un effort opératoire considérable. Langenbeck en 1879 résume l'état de la question. « Je pose en principe, dit-il, que la rhinoplastie totale ou même la rhinoplastie faite pour une perte incomplète du nez est une opération qu'il ne faut pas faire, tout au moins avec des lambeaux mous; il vaut mieux avoir recours à des appareils de prothèse. »

Le premier appareil prothétique proposé fut celui de Martin (de Lyon). L'étiévant l'applique en 1878. Au Congrès de Montpellier en 1879, il présente deux cas de restauration complète du nez avec cet appareil comme soutien des lambeaux. Delorme et Chaput l'emploient pour les nez ensellés en 1894. Dès 1895 Delorme le critique devant la Société de chirurgie. Sur trois cas, il avait eu trois succès. Chaput en avait eu de bons résultats. Courtin et Brugeille l'employèrent à Bordeaux en 1902 avec un résultat très satisfaisant.

Pour les nez ensellés les premiers appareils proposés furent des appareils amovibles qu'on introduisait dans les narines. Mikulicz en 1884 emploie une sorte d'étrier s'appuyant sur le plancher des fosses nasales et soutenant par son dos les téguments préalablement libérés. Il voulait exercer sur les téguments une action continue en sens directement opposé à la rétraction cicatricielle.

Les charpentes inamovibles n'eurent pas un résultat supérieur. Leisrink en 1877 glisse sous les téguments d'un nez ensellé un support en ambre. Monks en 1898 emploie le celuloïd ou une plaque de platine comme Weir (1896), Joseph, Martin. Des plaques d'aluminium en gouttière sont employées par Pease en 1896. Joseph, Molinié en 1912, Garel et Gignoux préfèrent des plaques d'aluminium fenêtré. Delsaux en 1911

utilise de la toile métallique englobée dans du celluloïd, selon le procédé de Dhanis. Bourguet a essayé l'or ajouré.

Les résultats des appareils métalliques même inamovibles, s'il semble parfaits sur le moment, n'est pas durable. L'appareil métallique est un corps étranger qui n'est que toléré dans l'organisme. Il est souvent éliminé. Une opérée de Monks avait eu son nez ensellé corrigé par l'introduction d'une plaque de platine sous la peau. Jeune curieuse, elle regardait un jour par le trou d'une serrure. On la poussa par derrière contre la porte. Elle s'y heurta si malheureusement que l'extrémité inférieure de la plaque perfora la peau. Il y eut suppuration et Monks dut enlever le support.

B. INJECTIONS DE VASELINE OU DE PARAFFINE.

Tout au début de ce siècle vint le règne de la vaseline puis celui de la paraffine pour la correction des nez en selle. Gersuny fit des injections prothétiques de vaseline pour la première fois en 1900 dans les bourses d'un jeune homme qui voulait voir deux protubérances flatteuses à la place de ses testicules absents. Le 8 mai 1900 il corrigeait par son procédé l'ensellure d'une jeune fille de seize ans des Indes Orientales. Mais vite apparaissaient les inconvénients de la nouvelle méthode. La vaseline fusible à 40°, température peu au-dessus de la normale humaine, fondait au cours des pyrexies. Gersuny s'en rendit compte lui-même chez un typhoïdique auquel il avait fait des injections prothétiques dans les bourses. La vaseline se résorbe, Delange l'a démontrée par des coupes anatomopathologiques. Cette résorption n'est pas sans danger, Meyer l'a vu sur des animaux. La vaseline ne demeure pas toujours au point injecté, elle s'épanche plus ou moins dans le voisinage. Ces inconvénients seraient légers, mais depuis Pfannistel, on a signalé des embolies du poulmon et peut-être même du cerveau. Leiser à la suite d'une injection pour nez en selle vit s'installer une amaurose définitive par embolie de la veine ophtalmique.

Dès juillet 1901 Eckstein propose la paraffine moins fusible. La nouvelle méthode eut plus de succès. Cependant les défauts de la vaseline s'y retrouvent. La paraffine se résorbe elle aussi, Maclaure et Beauvy ont montré à la périphérie des blocs des cellules géantes creusées de vacuoles. La paraffine diffuse, émigre vers les paupières ou vers les sillons nasogéniens. Les masses prothétiques injectées s'infectent et s'éliminent (Moure et Brindel). La paraffine, si elle a un point de fusion au dessus de 60° cause le sphacèle de la peau dont les albumines se coagulent à 60°. Enfin on a signalé de multiples cas d'embolies ou de phlébite de la veine faciale (Brindel).

C. RHINOPLASTIES SUR SOUTIEN ORGANIQUE.

Les soutiens inorganiques de la peau du nez ensellé ne sont plus employés. On s'est adressé aux tissus de l'homme. (La tentative de Rueda en 1913 de corriger un nez en selle par l'insertion sous-cutanée d'un peloton de catgut reste tout à fait isolée).

Les inclusions de périoste (Reverdin 1879) de muscle (Vignard), d'aponévrose (Fritz Koch 1914), sont des faits isolés. Ces greffes se résorbaient, le résultat esthétique n'était pas toujours excellent.

Il faut s'adresser aux tissus résistants de l'homme : l'os, le cartilage.

La première greffe osseuse fut faite par Israël en 1895. Cet auteur employa un morceau de la crête du tibia qu'il inséra sous les téguments d'un nez ensellé par une incision médiane et verticale sur le dos du nez, un peu moins longue que l'esquille insérée. Il eut un excellent résultat. Carter en 1910 préfère utiliser la table externe de la neuvième ou huitième côte.

C'est à von Mangold que revient l'honneur d'avoir fait pour la première fois le 5 octobre 1897 une greffe avec du cartilage. Ce fut pour une perte de substance du larynx. Il utilisa un fragment du huitième cartilage costal. Le 21 juin 1899 il

opérait un nez en selle par son procédé. Celui lui permit de révoquer en doute les conclusions de Zahn et Léopold. Ces auteurs, opérant sur le lapin avaient pensé que le cartilage adulte se résorbait, seul le cartilage du fœtus pouvait vivre dans les tissus.

La méthode de Von Mangold servit à la rhinoplastie totale dès 1902 avec Ch. Nélaton. Mais dans la restauration des nez ensellés, elle fut noyée par les injections prothétiques de vaseline ou de paraffine.

Les méthodes d'Israël et de Von Mangold se partagent aujourd'hui la faveur du monde rhinologiste.

a) *Les greffes osseuses.*

Depuis Israël, les greffes osseuses ont été employées par la plupart des auteurs. Les premiers, Joseph (1910), Schmiegelow (1911), Coenen (1913) se sont adressés à la crête du tibia selon la méthode d'Israël, exemple suivi par Lévy, Maliakine, Neumann, Passow, Rueda, Murphy, Stauffer. Il semble qu'il faille mieux choisir l'os avec son périoste. Sargnon (1914) croit qu'il est ainsi plus résistant.

Joseph (1912) a utilisé la branche montante du maxillaire supérieur, scié juste en arrière des os propres (technique intra-nasale).

Carter de New-York, un spécialiste des nez ensellés vante la greffe osseuse costale qu'il emploie depuis 1910. La côte a une forme convenable. C'est un os spongieux largement irrigué, très riche en ostéoblastes. On peut prélever un morceau de côte facilement, rapidement et sans danger. L'os est assez tendre pour être taillé selon la difformité, gros avantage sur le tibia. Carter n'use jamais de ce dernier os, il est trop compact. L'auteur ne l'a employé que trois fois et chaque fois l'a vu se comporter comme un corps étranger. Longtemps il enleva le périoste des greffons, croyant que l'os était ainsi plus directement nourri par les tissus. En 1914, d'une vingtaine de cas, dont l'un datait de quatre ans, il concluait que, avec

ou sans périoste, aux rayons X, les greffons paraissent avoir grandi aux points où ils étaient en contact avec du périoste ou de l'os dénudé. S'il y a infection, la greffe est résorbée. Dans les cas où la greffe a conservé son périoste elle grandit vigoureusement.

Mais Carter n'a pas toujours employé la greffe osseuse seule. Dès 1913, il préfère utiliser un greffon portant à la fois de l'os et du cartilage. Voilà sa technique, employée par la plupart des rhinologistes américains : Beck, Cohen, Oppenheimer, par exemple.

Avant l'opération, on fait un modèle en métal de la forme que doit avoir la greffe. Après anesthésie locale, on enlève cinq à six centimètres de la table externe de la huitième ou neuvième côte à son union avec le cartilage de manière à avoir un greffon contenant deux tiers d'os et un tiers de cartilage. Il faut prendre grand soin de ne pas produire une fracture entre l'os et le cartilage. On laisse le périchondre et le périoste sur la face qui va être en rapport avec la peau. Si l'ensellure nasale est très prononcée il vaut mieux superposer plusieurs morceaux de table externe de côte, que de mettre une seule grosse greffe. Les petits morceaux semblent avoir plus de pouvoir ostéogénétique et réussissent mieux. Inutile de dire que la chirurgie osseuse devant être rigoureusement aseptique, on évitera de toucher le greffon avec les doigts, on opérera avec la plus rigoureuse asepsie et avec une instrumentation spéciale pour la prise du greffon et une autre instrumentation pour la greffe osseuse.

Ces greffons combinés d'os et de cartilage ont l'avantage de produire un bout de nez élastique et non pas un bout osseux ne demandant qu'à se fracturer. Selon le mot de Cohen : « Il faut mettre de l'os là où il y avait de l'os, du cartilage là où il y avait du cartilage. »

Chez qui faut-il prendre la greffe osseuse? Pour avoir le plus de chances de voir sa greffe prendre il faut prélever le greffon (quel qu'il soit, d'ailleurs osseux ou cartilagineux) sur l'individu lui-même. Seule en effet l'autoplastie donne des

résultats très souvent satisfaisants. Si le greffon est pris sur un autre individu de l'espèce humaine (homoplastie), les résultats sont déjà plus aléatoires. Enfin l'hétéroplastie, prise d'un greffon sur un animal est ordinairement sans succès.

Que devient la greffe? La majorité des auteurs dit qu'elle se résorbe. Elle est remplacée par du tissu osseux de nouvelle formation. La greffe a excité l'ostéogénèse.

b) Greffes cartilagineuses.

Les greffes cartilagineuses ont l'avantage d'être plus résistantes que les greffes osseuses. L'hypothèse de König s'est trouvée vraie : « Le cartilage n'ayant pas de vaisseaux, il est bien probable qu'il peut continuer à vivre dans des conditions de nutrition relativement minimales. » Ces greffons insérés parfois en plein tissu cicatriciel continuent à vivre. L'os est plus fragile devant l'infection, le tibia surtout : Vignard et Sargnon, Fisher l'ont vu suppurer et s'éliminer malgré toutes les précautions aseptiques.

Quel cartilage choisir?

Pour un petit affaissement du nez, on n'a besoin que d'une greffe petite. Molinié en 1912 recommande de se servir du cartilage de la cloison. On profitera de ses déviations ou de ses éperons que l'on enlèvera par voie sous muqueuse ou par opération muco-cartilagineuse. Cet exemple a été suivi par Lowell en 1913, par Sargnon en 1913 et en 1914. Schmieden emploie le cartilage de l'oreille en 1912.

Il faut une greffe cartilagineuse costale si l'affaissement est prononcé. Beck (1908) Green (1910), Abbott (1912), Garel et Gignoux (1913), corrigent avec succès des ensellures nasales avec du cartilage costal.

Comment prélever un greffon cartilagineux costal? La technique de Nélaton et Ombrédanne est excellente, c'est celle que recommande le professeur Moure. Nous la reproduisons.

« Le chirurgien placé à la gauche du malade explore le rebord

saillant formé par les cartilages costaux. En déprimant le flanc gauche, il reconnaît facilement par la palpation la saillie libre formée par la pointe du cartilage de la dixième côte. Il sent le rebord arrondi de la neuvième et de la huitième côte qu'il peut pincer et mobiliser sur le cartilage immobile de la septième côte.

L'incision sera repérée de la manière suivante.

On trace une verticale passant à deux travers de doigt en dedans du mamelon. Au point où cette verticale croise le rebord costal commence une incision qui suit le rebord costal, non pas au dessous de ce rebord, mais sur lui. Cette incision découvre les insertions du muscle grand oblique de l'abdomen et en haut le bord externe du muscle droit. Ces deux muscles sont recouverts de leur aponévrose. Une dépression aponévrotique visible les sépare. Ils sont incisés le long du bord inférieur du huitième cartilage costal qui maintenant apparaît, le bistouri est alors posté par sa pointe le long du bord inférieur du cartilage et divise de dehors en dedans, en rasant sa face inférieure, les fibres d'insertion du muscle transverse de l'abdomen. On peut alors pincer le cartilage de la huitième côte entre le pouce et l'index gauche, l'écarter en dehors et faire ainsi saillir sa pointe. Le bistouri porté le long de cette pointe saillante, divise d'avant en arrière les insertions plus profondes du transverse en rasant le bord supérieur du cartilage. Au fur et à mesure que le bistouri progresse, ce dernier est facilement relevé et bientôt complètement dénudé; on aperçoit sa continuation avec la côte. Un coup de ciseau courbe le sectionne à 1 centimètre environ de l'os. La plaie qui résulte de cette petite opération est recouverte d'une compresse aseptique et le chirurgien s'occupe de donner au cartilage ainsi prélevé la forme qu'il désire. »

II. Techniques opératoires des nez ensellés

Il faut libérer la peau du squelette ostéo-cartilagineux effondré. Cette opération devient très difficile quand il y a des bri-

des cicatricielles collant les téguments au plans quelettique sous-jacent. Nous n'insisterons pas sur les procédés de décollement dont nous avons déjà parlé à propos des nez bossus. Il s'agit de créer sous la peau une logette assez grande pour recevoir la greffe, assez petite pour ne pas permettre au greffon de se déplacer et de prendre une mauvaise position. On choisira un greffon assez long pour redresser et allonger le dos du nez. Joseph, Carter avec ces longs greffons ont abaissé la pointe du nez, bien mieux que par les procédés mutilants utilisés avant eux.

On peut faire pénétrer les instruments : soit à travers la muqueuse, soit par voie sous-cutanée externe.

A. OPÉRATIONS ENDO-NASALES.

Nous avons déjà suffisamment décrit les opérations endo-nasales pour y revenir. On incise la muqueuse et le cartilage jusqu'au périchondre. Il est inutile de chercher à passer dans les interstices entre l'os nasal et le nez cartilagineux ou entre le cartilage latéral et le cartilage de l'aile du nez.

On opère en général par la narine gauche, parce que de la main droite il est plus facile d'aller vers la gauche.

On dissèque le dos du nez sous le périchondre et le périoste et on fait une pochette vers le bout du nez pour recevoir l'extrémité inférieure du greffon. Il faut laisser un plancher solide.

Cette voie a été suivie par Roe dès 1891, par Beck en 1908, par Joseph en 1910, en France pour la première fois par Molinié en 1912.

B. OPÉRATIONS EXONASALES.

Les opérations qui suivent une voie cutanée sont, par ordre chronologique :

- L'opération de Monks;
- L'opération de Von Mangold;
- L'opération de Carter;
- L'opération de Portmann,

Opération de Monks.

Nous avons déjà longuement parlé de l'opération de Monks qu'il nous suffise d'ajouter que Monks ne dit pas avoir introduit ses soutiens métalliques ou osseux par son incision verticale du lobule. Il a décrit son opération comme une voie pour introduire ses deux instruments spéciaux pour la destruction par fracture des bosses traumatiques nasales.

Cependant Lewis en mars 1922 reprend en son nom la méthode comme voie d'introduction d'un greffon. Il fait la même incision que Monks mais un peu postérieure, empiétant sur la sous-cloison. Il chemine avec des ciseaux obliquement d'arrière en avant et de bas en haut, assez profondément à travers le lobule du nez pour donner à la greffe un plancher épais.

Ce plancher épais a un double avantage. Il soutient bien le greffon. Il évite l'amincissement du bout du nez sous l'influence de la compression du bout inférieur du greffon, amincissement qui peut aller jusqu'à l'extériorisation de ce dernier, d'où infection. Enfin Lewis dissèque assez largement le dos du nez pour permettre l'introduction du greffon.

Opération de Von Mangold

L'opération se fait en deux temps.

Dans un premier temps Von Mangold taille dans le septième cartilage costal un morceau long de 4 à 5 centimètres et large de 1 centimètre et deux fines bandelettes de cartilage.

Dans un deuxième temps l'auteur incise la peau entre les deux sourcils sur une étendue d'environ un centimètre et demi. L'incision a la concavité tournée vers le bas et pénètre jusqu'à la face inférieure de la peau. Avec une sonde de Kocher on libère la peau du squelette nasal en formant un tunnel sur le

dos du nez arrivant jusqu'au lobule. Dans cette logette on introduit le fragment de cartilage costal, le côté dépourvu de périchondre étant tourné vers la peau. On suture la plaie de la glabelle avec trois points. Par deux petites incisions du pli naso-génien, à l'union de l'aile du nez avec la joue, on introduit par le même procédé deux fines bandes de cartilage dans les ailes du nez pour les empêcher de flotter.

Von Mangold n'estime pas l'opération terminée, cinq mois après il allonge le dos du nez par une grande incision en V renversé dont le sommet part de la glabelle et dont les deux branches descendent le long des sillons naso-géniens. Tout le nez mou est descendu avec le cartilage inséré qui est alors appuyé dans l'angle entre la glabelle et la racine osseuse du nez, allongeant le dos du nez. On suture avec du fin fil d'argent.

Il n'est d'ailleurs pas du tout prouvé que ce deuxième temps de l'opération de Von Mangold abaisse la pointe du nez, alors qu'il est certain qu'il couture le nez de cicatrices disgracieuses. La première partie de l'opération est excellente. Cependant nous avons déjà insisté sur l'adhérence de la peau du nez au périchondre. Après une suppuration, la peau est encore plus fixée aux plans profonds. Même dans la région osseuse, il est à peu près impossible de la disséquer avec une sonde, il faut travailler, le bistouri en mains. Il est tout à fait inutile de consolider les ailes du nez qui flottent très rarement.

Carter de New-York a perfectionné la technique de Von Mangold (1910). Cette technique est connue en Amérique sous le nom de méthode de Carter.

Opération de Carter.

Carter fait entre les sourcils une incision curviligne la convexité en bas. Il incise jusqu'au périoste, sans le traverser. Soulevant alors le volet de peau, allant directement d'un coin à l'autre, il incise horizontalement le périoste. Il sou-

lève ce périoste y faisant vers la glabella une niche profonde d'un centimètre. Alors avec un bistouri long et fin, il libère la peau et les tissus sous cutanés du dos et des flancs du nez, allant jusqu'aux joues s'il en est besoin.

Dans un deuxième temps il enlève la greffe costale et la met en place, le périoste et le péricondre tournés vers la peau. Il ancre l'extrémité supérieure sous le périoste de l'apophyse nasale du frontal. Il suture au dessus du greffon le périoste s'il est déchiré, par un ou deux points de catgut. Carter insiste sur ce point particulier de la technique. L'extrémité inférieure de la greffe s'appuie sur les tissus du bout du nez et l'abaisse.

La plaie externe est fermée avec de la soie fine ou des crins de cheval. On enlève les sutures en cinq jours. La guérison est complète en dix jours.

L'auteur a présenté de nombreux malades opérés par son procédé avec de nombreuses radiographies à l'appui, montrant la persistance et la régénération du tissu osseux. La méthode fut employée par Hays, Scrutton et Fisher (avec une greffe tibiale.)

Carter dès 1919 abandonne sa méthode dont il voit les inconvénients. L'incision étant placée à la partie supérieure, le drainage ne peut se faire que très difficilement. Pour peu qu'il y ait infection il se forme un clapier qui ne se draine pas, éternisant l'infection et risquant la formation d'un séquestre. Carter n'utilise plus que la voie endonasale.

L'opération de Portmann rend le drainage tout à fait aisé.

Opération de Portmann.

La technique opératoire de Portmann a été décrite plus haut avec détail à propos des nez bossus. Nous nous contenterons donc de signaler la modification que cet auteur apporte à son manuel opératoire lorsqu'il s'agit de nez ensellés.

L'écarteur mis en place il suffira de glisser entre ses bran-

ches, sous le contrôle de la vue un morceau de cartilage costal.

Nous avons déjà parlé des soins anté et post opératoires des nez bossus. Nous n'y reviendrons pas pour les nez en selle. Ils sont les mêmes.

Observation I (inédite).

Nez bossu, opération de Portmann.

Mme V. L., 40 ans, infirmière, entre à l'hôpital du Tondu (service de M. le Professeur Moure) le 19 août 1922, pour un nez bossu.

La malade présente une déformation du dos du nez, au tiers supérieur médian, due à un déplacement des os propres, en particulier de l'os propre droit, soulevant à ce niveau la peau, et déterminant une bosse angulaire très marquée. La température et le pouls sont normaux. Analyse d'urines : rien à signaler.

La malade se fait photographier.

21 août 1922 : Plastique nasale par Portmann.

L'anesthésie est faite localement à la novocaïne adrénaline par Portmann.

Opération. — Portmann fait une incision transversale et curviligne à la partie antérieure, de la sous-cloison et se prolongeant un peu sur le bord inférieur des ailes du nez.

Partant de cette incision, il décolle les plans mous superficiels du squelette ostéo-cartilagineux de l'auvent nasal, en faisant très attention à ne pas léser les cartilages des ailes du nez.

Le décollement étant poussé au maximum, il fait sauter à l'aide d'un burin très étroit la partie proéminente des os propres qui donnait au dos du nez la bosse disgracieuse.

Il suture aux crins la plaie cutanée, et met en place un pansement humide et chaud.

Suites opératoires. — Les suites opératoires sont banales. La température et le pouls sont normaux. La malade a eu les premiers jours un peu de tuméfaction qu'on soigne par des applications de pansements humides.

Le 28 août, on supprime les pansements.



Fig. 6
Avant



Fig. 7
Après

Observation I



Fig. 8
Avant



Fig. 9
Après

Observation II

Le 31, après l'ablation des points, on remarque que la bosse basale a disparu.

La malade sort le 5 septembre 1922 et se fait photographeur.

Observation II (Inédite).

Rhinoplastie pour nez bossu. Opération de Portmann.

Mme S. H. 36 ans, employée, vient à la consultation de la clinique O. R. L. de la Faculté de Bordeaux, le 1^{er} septembre 1922. Elle respire très difficilement par le nez.

Diagnostic : bosse nasale à gauche, luxation de la cloison à droite, déviation et épaissement à gauche.

Non seulement le nez ne se trouve pas dans le plan sagittal, mais encore il présente à sa partie dorsale, à l'extrémité inférieure de l'os propre gauche, une épine qui saille fortement en avant et en dehors.

A faire sous peu une rhinoplastie, libérer le nez.

Pommade nasale avec :

Chlorhydrate de cocaïne dix centigrammes.

Menthol deux centigrammes.

Acide borique 1 gr.

Vaseline 15 gr.

gros comme un pois dans chaque narine, aspirer doucement.

Revenir dans huit jours.

9 septembre 1922 : On fait une opération sous-muqueuse de la déviation de la cloison.

20 septembre : On retouche, par opération muco-cartilagineuse.

4 novembre 1922 : La malade entre à l'hôpital du Tondu.

La température et le pouls sont normaux.

L'analyse d'urines ne montre rien de particulier.

La malade est photographiée.

6 novembre 1922 : Rhinoplastie (Portmann).

Portmann fait une anesthésie locale à la novocaïne-adréraline.

Opération. — Il incise transversalement au-dessous du lobule du nez sur une longueur de trois centimètres environ, empiétant un peu sur les deux ailes du nez.

Il décolle la peau du cartilage des ailes du nez au bistouri, puis arrivé dans la zone décollable, à l'aide du décolleur, il dégage tous les tissus cutanés du squelette osseux. Après rugination de l'os propre du nez gauche, sur lequel se trouve la défectuosité, il fait une ablation de la crête à la gouge et au burin. Il retire les fragments à l'aide de pinces.

Le squelette une fois régularisé, il curette à l'aide d'une petite curette pour enlever les quelques petites esquilles osseuses qui auraient pu échapper.

La plaie sous-lobaire est suturée aux crins de cheval.

On met en place un pansement humide, maintenu par une fronde.

Suiles opératoires. — 10 novembre 1922 : La malade va bien. Elle présente de la tuméfaction de toute la région nasale, mais la plaie a bon aspect. On supprime le pansement.

La température et le pouls sont normaux.

12 novembre : On enlève les points.

16 novembre : La tuméfaction disparaît.

21 novembre : L'exostose située à gauche, au niveau du l'os propre du nez a complètement disparu. Il ne persiste plus que la déviation.

22 novembre 1922 : Exéat. La malade va se faire protographier.

CONCLUSIONS

I. La plastique chirurgicale des nez difformes se fait soit par des opérations endo-nasales, soit par des opérations exo-nasales.

II. Les opérations endo-nasales, dérivées de l'opération de Roe, nous paraissent avoir l'inconvénient de ne pas permettre d'opérer sous le contrôle de la vue.

III. Des méthodes exo-nasales, seule la méthode de Portmann donne un jour suffisant pour opérer sous le contrôle de la vue. L'incision de Von Mangold-Carter est mal placée pour le drainage et laisse une cicatrice trop visible. L'incision de Monks-Lewis est insuffisante. L'introduction des instruments y est malaisée et c'est à peine si on peut y faire passer de petits greffons.

IV. Pour la correction des nez ensellés, la greffe vivante d'os ou de cartilage donne les meilleurs résultats. Il nous semble qu'il faut choisir le cartilage qui est résistant, qu'on peut prélever et tailler facilement.

Vu :
Le Doyen,
D^r C. SIGALAS

Vu, bon à imprimer
Le Président,
D^r CHAVANNAZ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 décembre 1922
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott.** — Transplantation cartilagineuse du nez. Soc. de laryng. de Cleveland. (*Archives Internationales d'O. R. L.*, 1912, t. I, p. 914).
- Arkin.** — Un cas d'auto transplantation d'os pour difformité nasale due à la syphilis. (*Boston Med. and Surg. Journal*, 1915, p. 672).
- Banister.** — La correction des difformités nasales par la greffe osseuse. (*Nebraska Med. Journal*, Norfolk, 1918, p. 201).
- Beaudoux.** — Chirurgie esthétique du nez. (*St. Paul Med. Journal*, 1910, p. 497).
- Beck.** — Chirurgie des difformités externes du nez. (*The Laryngoscope*, 1908, p. 753).
— Démonstration par projections des opérations pour difformités nasales externes. (*The Laryngoscope*, 1911, p. 882).
- Bérard et Vignard.** — Quelques cas de lésions nasales et de fractures du nez. Prothèses vivantes cartilagineuses et osseuses. (*Lyon Médical*, 1914, p. 587).
- Berens.** — Opérations pour la correction de déformations externes de l'avant nasal. (*Ann. of Oto-rhinol and Laryngol.*, 1904, p. 387).
- Berger.** — Restauration de l'arête du nez en selle par un transplant cartilagineux, méthode de Ch. Nélaton. (*Bull. et Mémoires de la Soc. Chirurgie*, Paris, 1905, p. 882).
- Binnie (J. T.).** — Nez en selle. (*Transactions of the Am. Surg. Assoc.*, 1908, p. 379).
- Bourguet.** — Congrès français d'O. R. L. mai 1912, après Molinié, p. 174.
— Correction chirurgicale des nez disgracieux sans cicatrice extérieure. (*Paris Médical*, 1913-1914, p. 310).

- Les nez vilains corrigés chirurgicalement sans cicatrice. *Bull. Ac. Médecine Paris* 1917, p. 107. Id. in *The Lancet*, 1917, p. 722).
- La correction chirurgicale sans cicatrices des formes disgracieuses associées dans les vilains nez. Présentation d'opérée. (*Bull. Ac. Med. Paris*, 1919, p. 24).
- Notre correction esthétique des nez disgracieux sans cicatrice extérieure. Nez fortement convexes et bossus. (*Paris Chirurgical*, 1919, p. 280).
- Raccourcissement des nez longs sans cicatrice extérieure. Présentation d'opérés et projections. (*Société de médecine de Paris*, 10 fév. 1922).
- Callfas.** — Greffe osseuse pour la correction des difformités nasales. (*Ann. of Otol. R. L. St-Louis*, 1918, p. 672).
- Carter (W. W.).** — Correction des nez déprimés et des difformités du nez par les moyens mécaniques. *Sect. Laryngol. and Otol. Am. Med. Assoc.*, 1909, p. 297).
- Transplantation d'un fragment de côte pour la rectification du nez. (*Ass. Med. New-York*, sect. Laryngol. nov. 1910).
- Greffe osseuse pour la correction des nez déprimés avec observations. (*The Laryngoscope*, 1911, p. 94).
- Correction des difformités nasales par les moyens mécaniques et la transplantation osseuse. (*Med. Record*, 16 déc. 1911, p. 1159).
- Cas de difformités nasales corrigés par la greffe osseuse. (*The Laryngoscope* 1913, p. 1165).
- La correction des difformités nasales par les moyens mécaniques et la greffe osseuse (avec projections photographiques). *N. York Journ. Med.* 1914 p. 517).
- Opérations pour la correction des difformités du nez (avec démonstrations pratiques). (*The Laryngoscope*, 1914, p. 237).
- Cas de difformités nasales corrigés par la greffe osseuse. (*The Laryngoscope*, 1915, p. 321).
- Correction des difformités nasales par les moyens mécanique et la greffe osseuse. (*The Laryngoscope*, 1916, p. 981).
- Correction des nez déprimés par la greffe combinée d'os et de cartilage. (*Med. Record*, 1916, p. 421).
- Valeur des greffes osseuses et cartilagineuses dans la chirurgie rhinologique. (*Ann. Surg. Phila.*, 1917, p. 162).

- Greffe combinée d'os et de cartilage, la méthode idéale pour la correction du nez ensellé. (*The Laryngoscope*, 1919, p. 316).
- Nez bossus, crochus, et bulbeux, leur étiologie et leur traitement (*Med. Rec.*, 1920, p. 872).
- Greffe osseuse et cartilagineuse pour les nez ensellés. (*The Laryngoscope*, 1921, p. 253).
- Chaput.** — De la réparation des difformités nasales par la prothèse métallique inter cutanéomuqueuse. (*Bull. et Mém. de la Soc. Chirurgie*, Paris, 1894, p. 845).
- Coenen.** — Trois cas de prothèse plastique des os du nez. (*Archives de Chauveau* 1913, t. I, p. 214).
- Cohen.** — Rhinoplastie correctrice. (*The Laryngoscope* 1914, p. 565. et *Ann. Otol. Rhinol and Laryngol.* 1914, p. 924).
- La correction des difformités nasales externes par la méthode sous cutanée. (*Maryland Med. Journ.* Balt. 1914, p. 222).
- Difformités nasales externes, correction par la méthode sous-cutanée. (*Journ. Am. Med. Ass.* Chicago, 1916, p. 1663).
- Greffe d'os et de cartilage dans la correction des difformités externes du nez. (*South. Med. Journ.* Bim. 1919, p. 151).
- Cook.** — Greffe osseuse dans les difformités du nez avec trois observations. (*Wisconsin Med. Journ.* Milwaukee 1915-1916, p. 227).
- Courtin et Brugeille.** — Rhinoplastie sur appareil prothétique. (*Gaz. des Sciences Méd. de Bordeaux* 1902, n° 29, p. 351).
- Delorme.** — Prothèse métallique contre les difformités nasales. (*Société de Chirurgie* 9 janv. 1895 et *Bull. Méd.* 1895, p. 42).
- Delsaux.** — Fracture du nez traitée par la prothèse métallique externe (*Archives de Chauveau* 1921, t. II, p. 525).
- Esner.** — Deux cas de plastique chirurgicale du nez. (*The Laryngoscope* 1920, p. 181).
- Fisher.** — Greffe tibiale pour la correction de nez en selle. (*The Laryngoscope* 1920, p. 182).
- Garel et Gignoux.** — Correction des difformités du nez par opération intranasale et inclusion prothétique. (*Lyon Méd.*, 6 av. 1913).
- Gerber.** — Opérations esthétiques du nez. (*Deutsch. Med. Woch.* 1907, n° 13, p. 470).
- Glogau.** — Difformité nasale corrigée par autotransplantation du car-

- tilage de la cloison. (*N. Y. Med. Journ.* 9 nov. 1912, p. 957).
- Goldstein.** — Réimplantation du cartilage après résection sous muqueuse. (*N. U. Med. Journal*, 3 oct. 1912).
- Good (Robert).** — Difformité nasale corrigée par la transplantation de pièces de côte. (*Soc. Oto Laryng.* Chicago, 19 déc. 1911).
- Difformités nasales, présentation de trois cas opérés pour nez déformés et un pour os malaire et zygomatique déprimés. (*Med. Brief.* St-Louis, 1913, p. 755).
- Green.** — La greffe de cartilage dans la correction des difformités du nez. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1910, p. 354).
- Halle.** — Plastique nasale. Soc. laryng. de Berlin, 8 déc. 1911, (*Archives Internat d'O. R. L.* 1912, t. I, p. 892).
- Hays.** — Transplantation de côte pour dépression du nez. (*Med. Record*, 22 juin 1912).
- Joseph (J.).** — Sur l'amoindrissement opératoire d'un nez (Rhino-miosis). (*Berlin klin. Wochenschrift*, n° 40, 1898, p. 883).
- Sur l'amoindrissement d'un nez. (*Berl. k. W.*, 1902, n° 36, p. 831).
- Sur l'amoindrissement d'un nez par la voie intra nasale. (*Berl. k. W.*, 1904, n° 24).
- Amoindrissement d'un nez. *Deut. Med. Woch.*, 1904, n° 30, p. 1695
- Encore sur l'amoindrissement du nez. (*Munch. Med. Woch.*, 1905, n° 31).
- Contribution à la Rhinoplastie. (*Berlin kin. Woch.* 1907, n° 16, p. 508).
- Correction nasale. (82^e Réunion allemande à Koenigsberg, sept. 1910, Teil II, 2^e fasc. p. 340), et (*Archives de Chauveau* 1911, T. I, p. 190).
- Plastique nasale. Congrès Soc. All. de Chirurg. Berl. av. 1912. (*Archives de Chauveau* 1912, t. II, p. 543).
- Plastique nasale. (*Arch. de Chauveau* 1912, t. I, p. 914).
- Correction plastique du nez et des oreilles. In *Handbuch der Spez. Chirurgie des Ohres und der Ob. Luftwege.* Von Katz, Preysing, et Blumenfeld Livre I, 2^e fasc., p. 125). Wurzburg, Kabitsoch, 1912.
- Koch (Fritz).** — (*Russ. med. Rundschau*, 1907, p. 141).
- Réduction du volume du nez et autres plastiques nasales, travail basé sur 873 opérations. (*Journ. mensuel russe des maladies des*

- O. R. L. 1912, n° 4. (Anal. in *Arch. Internationales de Laryngol.* mars-avr. 1913, p. 631).
- Méthodes de correction de la forme du nez sans cicatrices. (*Arch. de Chauveau* 1914, p. 49 et *Berlin klin. Woch.* 1914, p. 477).
- Kolle.** — Nouvelle opération pour la correction des malformations du nez. (*New York Med. Journal*, 12 janv. 1907).
- *Chirurgie plastique et esthétique.* Appleton and Cie, éditeurs 1911, p. 148.
- Levy.** — Plastique nasale avec transplantation osseuse prélevée sur le tibia. Séance méd. de Soc. Sliésienne. Breslau 15 juillet 1910. (*Arch. Chauveau*, 1911, t. I, p. 938).
- Lésser.** — La correction des difformités nasales externes. (*Am. Journ. of surg.*, 1909, p. 21).
- Lewis (J. D.).** — Difformités nasales externes, description de la technique opératoire d'une nouvelle méthode pour la correction de certains types. (*The Laryngoscope*, 1921, p. 214).
- Lothrop.** — Usage d'un fragment de l'omoplate dans la correction d'une difformité nasale. (*Boston Med. and Surg. Journ.* 1914, p. 303).
- Une opération pour la correction du nez aquilin. Nouvel instrument. Une observation. (*Boston M. and S. J.*, 1914, p. 835).
- Lowell (de New York).** — Déformations du nez. (*Arch. Internationales d'O. R. L.*, mai-juin 1913).
- Mac Williams.** — Greffe tibiale pour nez en selle. (*Ann. Surg. Phila.*, 1917, p. 789).
- Malher.** — Bosse nasale sur le dos du nez opérée par voie intranasale. (*Arch. Chauveau* 1912, t. II, p. 852).
- Malioutine.** — Correction d'une déformation nasale par une opération ostéoplastique. Soc. des O. R. L. de Moscou, 25 av. 1912. (*Archives Chauveau* 1912, t. II, p. 867).
- Martin (de Lyon).** — Prothèse métallique intercutané muqueuse contre les difformités nasales. (*Bull. Méd.*, 3 janv. 1895).
- Mignon.** — Esthétique du nez, les malformations nasales et leur traitement. (*Revue Hebd. de Laryngol.*, 5 janv. 1907, p. 1).
- Molinié.** — Correction de quelques malformations nasales. (*Société française de L. O. R.* mai 1912, p. 164 et (*Revue Hebd. de Laryngol.* 1912, p. 337).

- Monks.** — Correction par opération de quelques déformités nasales et enlaidissements. (*Boston Med. and Surg. Journ.* 1898, p. 262).
- Moore.** — La correction des difformités nasales externes. (*Memphis Med. Month*, 1915, p. 78).
- Morestin.** — Difformité du nez d'origine spécifique corrigée par une greffe cartilagineuse. (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 8 janv. 1913).
- Moulonguet.** — Technique de plastique nasale. Traitement des cyphons nasales. (*Annales des Mal. de l'oreille, du la., du nez et du pha.*, 1922, p. 71).
- Murphy (T. B.).** — Des déformations du nez et de leurs méthodes opératoires. (*Med. Mirror*, fév. 1900).
- Opération plastique sur le squelette du nez. (*Surg. clin.* Chicago, 1915, p. 593).
- Difformité nasale congénitale. Opération plastique. Greffe osseuse tibiale. (*Surg. clin.* Chicago, 1915, p. 1045).
- Nélaton (Ch.) et Ombredanne.** — *La Rhinoplastie*, Paris 1904. G. Steinheil, éditeur.
- Neudörfer (Gersuny).** — Amoindrissement opératoire d'un nez. (*Wien klin. Woch.* 1903, n° 43).
- Neumann.** — Difformité nasale. (*Arch. Chauveau* 1910, t. I, p. 674).
- Difformité nasale. (*Arch. Chauveau* 1911, t. II, p. 310).
- Cas d'ensellure nasale traumatique. (*Arch.* 1911, t. I, p. 594).
- New.** — Emploi du celluloid dans la correction des difformités nasales. (*J. Am. Med. Ass. Chicago*, 1918, p. 988).
- Oppenheimer.** — La correction chirurgicale des nez aquilins et bossus (*Am. J. Surg. New-York*, 1920, p. 121).
- Méthodes de greffe en rhinoplastie esthétique. (*Boston Med. and Surg. Journ.* 1920, p. 329).
- Ostram.** — Difformités déprimées des nez corrigées par la greffe osseuse. (*Rail. Surg. Journal*, Chicago 1916-17, p. 145).
- Passow.** — Présentation de greffe tibiale. Soc. berlinoise d'oto-laryng. 26 av. 1912. (*Archives internationales d'O. R. L.*, 1912, t. II, p. 493).
- Pieri.** — Traitement du nez en selle par la greffe de cartilage. (*Riv. ospedal.*, Roma 1919).
- Pont.** — Rhinoplastie et prothèse nasale. (*Annals of Otol. Rhinol. and Laryngol.* 1918, p. 1320).

- Portmann.** — *Consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien*, Paris, 1922 (Doin Editeur).
- Reinking.** — Correction opératoire des nez difformes. (*Arch. d'O. R. L.* 1912, t. II, p. 950).
- Rezaval.** — Correction chirurgicale des difformités nasales. (*Semana Med.* Buenos Ayres 1919, p. 281).
- Roberts.** — Chirurgie plastique et reconstituante du nez. (*Keen's system*, 1909, p. 879).
- Suggestions pour la correction opératoire des nez syphilitiques et autres difformités du nez. (*Ann. of surgery*, 1910, p. 173).
- Roe (John O.).** — La déformation dite nez épaté et sa correction par une opération simple. (*New-York Med. Record*, 4 juin 1887).
- La correction des déformations angulaires du nez par une opération sous-cutanée. Communication faite à la Médical Society de l'Etat de New-York le 6 fév. 1891. (*New-York Med. Record*, 4 juin 1891, (*Archives de Chauveau* 1891, sept-octobre).
 - La correction des difformités nasales par des opérations sous-cutanées. (*Am. Med. Quaterly*, juin 1899).
 - Difformités et défauts du nez. (*Am. Terl. book, Eye, Ear, Nose and Throat*, 1899, p. 1180).
 - Correction des difformités nasales par des opérations sous-cutanées. (*New-York, Med. Record*, vol 68, 1905, p. 1).
 - Chirurgie des difformités externes du nez. (*The laryngoscope* 1908 p. 783).
- Rueda.** — La transplantation osseuse dans la reconstitution des os du nez. (*IV^e Congrès Espagnol*, Bilbao. Arch. 1913, t. I, p. 194).
- Sargnon.** — Fractures du nez. (*Bulletin et mémoires de la Soc. française d'O. R. L.*, 1913, p. 102).
- Quelques cas de lésions nasales et de fractures du nez. Prothèse vivante de cartilage de d'os. (*Lyon Medical*, 1914, p. 587).
 - Contribution au traitement chirurgical des déformations nasales. Prothèse vivante de cartilage et d'os. (*Congrès de la Soc. française de Laryngol.*, 11 mai 1914, p. 45)
 - Contribution au traitement chirurgical des déformations nasales. (*Congrès de la Soc. f. d'O. R. L.*, juillet 1914, p. 99).
- Schmiegelow.** — Présentation de greffes nasales. Soc.^e danoise d'Otol. 22 fév. 1911. (*Archives Chauveau*, 1911, t. II, p. 225).

- Scrutton.** — Greffe costale pour la correction des difformités nasales externes. Expérience inusitée dans deux cas. (*The Laryngoscope*, 1917, p. 899).
- Selridge (Grant).** — Chirurgie esthétique du nez. (*The Laryngoscope*, 1921 p. 337).
- Seitz (Frank B.).** — L'état actuel des opérations pour la correction du nez déprimé. (*Homeopath Eye, Ear and throat Journal* 1906, p. 463)
- Skillern.** — Greffe de cartilage costal pour nez en selle. (*Ann. Surgery Phila*, 1918, p. 580).
- Stauffer.** — Greffe tibiale pour difformité nasale. (*Penn. Med. Journal* 1917, 1918, p. 26).
- Greffe tibiale pour difformité nasale. (*Tr. Coll. Phys.*, Phila., 1917, p. 390).
- Testut et Jacob.** — *Traité d'anatomie topographique*, Paris, 1914, O. Doin et fils éditeurs.
- Tieck.** — Nouveaux procédés de correction intra-nasale des difformités du nez appliqués avec succès sur plus de 1.000 cas pendant les 12 dernières années. (*Am. J. Surgery*, New-York, 1920, p. 117).
- Vaillancourt.** — Transplantation cartilagineuse dans un cas de difformité du nez. (*Bull. méd. de Québec*, 1913-1914, p. 194).
- Van den Wildenberg** — Correction de la forme extérieure du nez par la chirurgie endo-nasale. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1913, p. 130).
- Vignard et Sargnon.** — Greffe tibiale libre nasale avec un fragment de tibia. (*Lyon Méd.*, 1916, p. 51).
- Walschaw.** — Sur quelques opérations pour rectifier les nez crochus et déprimés. (*The Lancet*, 1903, p. 957).
- Weir Robert.** — *New-York Medical Journal*, 1892, p. 452).
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Chapitre I^{er}. — <i>Anatomie du nez</i>	11
Chapitre II. — <i>Difformités nasales affectant la direction du dos du nez</i>	16
Chapitre III. — <i>Historique</i>	19
Chapitre IV. — <i>Nez bossus</i>	22
1. Soins avant l'opération	23
2. Techniques opératoires	24
Opérations endo-nasales	25
Opérations exo-nasales	29
3. Suites opératoires	32
Chapitre V. — <i>Nez ensellés</i>	34
1. Inclusions prothétiques	34
A) Appareils prothétiques inorganiques	35
B) Injections de vaseline ou de paraffine	36
C) Rhinoplasties sur soutien organique	37
a) Les greffes osseuses	37
b) Les greffes cartilagineuses	38
2. Techniques opératoires	40
A) Opérations endonasales	41
B) Opérations exonasales	42
Observations	46
Conclusions	49
Bibliographie	51

